

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michèle BAZIN née NEYRAT

le 25 mai 1940 à LIGNY-le-RIBAUT (Loiret)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE TRENTE CINQ CAS D'ENURESIE

TRAITEE PAR L'IMIPRAMINE

Président : Monsieur LAPLANE, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michèle BAZIN née NEYRAT

le 25 mai 1940 à LIGNY-le-RIBAUT (Loiret)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE TRENTE CINQ CAS D'ENURESIE
TRAITEE PAR L'IMIPRAMINE

Président : Monsieur LAPLANE, Professeur



A Claude, Anne et Benoît

A mes parents

A ma grand-mère

A tous ceux qui me sont chers.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur R. LAPLANE

Professeur d'Hygiène et Clinique de
la première enfance,

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

En très respectueux hommage.

A Monsieur le Professeur Agrégé G. LASFARGUES

qui a inspiré le sujet de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ROY

Chef de clinique, assistant des hôpitaux

En témoignage de nos sincères
remerciements pour ce travail,
qui est aussi le sien.

A nos maîtres dans les Hôpitaux :

Docteur J. HEPP
Professeur P. MOLLARET
Professeur J. BERNARD
Professeur R. MANDE
Professeur Cl. LAUNAY
Docteur P. GRENET
Professeur R. LAPLANE

Aux docteurs,

R. PERNOD
J. MOREAUX

chirurgiens des hôpitaux,

Au Professeur C. POLONOVSKI.

INTRODUCTION

Curieuse maladie qui constitue pour certains enfants une véritable infirmité, l'Enurésie est une affection fréquente. Presque chaque jour, le médecin, praticien ou le pédiatre sont confrontés avec les problèmes nombreux posés par un enfant énurétique. Le public, les journaux, l'urologue, le neuro-psychiatre, tous ont des avis, des conseils à donner aux parents de ces enfants énurétiques.

Chaque médecin peut faire part de son expérience et raconter les succès rapidement obtenus mais aussi les échecs rebelles à toute persévérance.

Le mécanisme de l'Enurésie reste controversé : psychogénésistes et organicistes continuent de s'opposer. Nous n'avons pas de conception personnelle à proposer et nous admettons avec beaucoup d'autres "qu'il n'y a pas une énurésie mais des Enurétiques". C'est la raison, sans aucun doute, pour laquelle les différentes attitudes thérapeutiques ont leur lot respectif de succès et d'échec et qu'aucune ne semble pouvoir être appliquée systématiquement et sans discernement.

Notre propos est de rapporter les résultats que, dans une consultation de pédiatrie, nous avons obtenu en utilisant l'Imipramine dans le traitement de l'Enurésie.

PLAN

Nous adopterons le plan suivant :

- Définition
- Sujet d'étude
- Méthode de travail
- Le Tofranil
- Tableau des résultats
- Commentaires à propos de ce tableau
- Interprétation des résultats

Les autres thérapeutiques

Les autres expérimentations de l'Imipramine

Le mode d'action présumée de l'Imipramine

Résultats personnels et critique

- Conduite à tenir en pédiatrie courante
- Observation type
- Conclusions

DEFINITION

L'énurésie, nous l'avons dit, est un symptôme fréquent. Encore ne faut-il pas employer abusivement ce terme.

Il est donc nécessaire d'en donner une définition limitative. Ensuite, nous en préciserons les variantes symptomatiques.

En fait, quelle que soit la rigueur de la définition théorique, le problème n'est pas toujours simple en pratique, et nous rappellerons les symptômes voisins qui peuvent être trompeurs et difficiles à différencier de l'énurésie.

La définition que nous adoptons est la suivante :

"Miction à la fois active et complète, involontaire et inconsciente, sans lésion de l'appareil urinaire, survenant le plus souvent au cours du sommeil chez un enfant de plus de 4 ans".

LES CARACTERES DE L'ENURESIE

1° - La survenue dans la vie de l'enfant permet de distinguer l'Enurésie primaire de l'Enurésie secondaire.

On parle d'énurésie primaire si la propreté n'a jamais été obtenue, et d'énurésie secondaire, si elle s'est installée après un intervalle plus ou moins long pendant lequel l'enfant a été propre (ce cas est plus rare que le précédent).

2° - La répartition dans le nycthémère conduit à classer en trois variétés l'énurésie :

- énurésie nocturne isolée qui est la plus fréquente
- énurésie nocturne et diurne
- énurésie uniquement diurne qui est beaucoup plus rare.

L'association d'une énurésie diurne doit toujours être soigneusement recherchée.

3° - L'âge d'apparition de l'énurésie quand celle-ci est secondaire. Il faut aussi préciser le rythme de l'énurésie qui peut être :

- permanente (totale)
- intermittente
- clairsemée
- épisodique

Enurésie permanente : l'enfant est énurétique chaque nuit et souvent plusieurs fois par nuit,

Enurésie intermittente : c'est le cas lorsqu'il existe de longs intervalles libres entre les périodes d'énurésie,

Enurésie clairsemée : avec des périodes d'énurésie assez espacées et souvent déclenchées par des événements extérieurs évidents,

Enurésie épisodique : rares épisodes d'énurésie dans la vie de l'enfant.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Son intérêt est d'éliminer les affections organiques, urinaires ou métaboliques, qui se révèlent par des troubles mictionnels à ne pas confondre avec l'énurésie.

Ainsi l'incontinence se distingue de l'énurésie par le caractère conscient de la miction involontaire.

Quant à la pollakiurie, elle peut en imposer pour une énurésie la nuit, pour une incontinence le jour car elle rend difficile le contrôle spinctérien.

En pratique, deux éventualités se présentent :

- tantôt, il s'agit manifestement de mictions involontaires seulement nocturnes, avec une propreté diurne totale, et l'on est en droit d'affirmer que c'est une énurésie vraie ne dissimulant aucune lésion organique,
- tantôt, l'on parvient mal à distinguer si l'enfant est énurétique ou incontinent ou encore des troubles associés font craindre une lésion organique. Celle-ci est parfois facilement mise en évidence par l'examen clinique ; ailleurs des épreuves complémentaires sont nécessaires.

C'est ainsi que l'on peut découvrir une affection médullaire acquise ou congénitale.

DIAGNOSTICS

Rapidement envisagés.

1° - Les causes neurologiques sont en fait de diagnostic facile car il existe des signes neurologiques.

A - Elles peuvent être congénitales

Ainsi la spina bifida, dans sa forme mineure avec signes d'irritation pyramidale et parfois incontinence, ou dans

sa forme majeure comportant un syndrome de la queue de cheval et la malformation évidente dans la région lombo-sacrée.

B - D'autres affections neurologiques sont acquises

Paraplégies par compression de cause infectieuse tumorale ou traumatique, myélites, polynévrites, polyradiculonévrites basses.

2° - Les causes urologiques ou rénales

Dans ces cas l'incontinence est souvent escortée d'autres signes urinaires et d'anomalies des examens urologiques dont les indications doivent être portées à bon escient en commençant par les plus anodins mais en recourant également si besoin aux explorations endoscopiques.

a) Certains de ces enfants ont des atteintes irritatives ou infectieuses : lithiase vésicale, souvent sinrinfectées d'ailleurs, cystites aiguës ou chroniques ou plus particulière, telle l'urétrorhigonite chronique qui atteint les fillettes au décours d'épisodes de cystite et comporte des mictions douloureuses et impérieuses.

b) Ailleurs, il s'agit de malformations congénitales de l'arbre urinaire. En dehors des malformations évidentes comme l'exstrophie vésicale et l'épispadias pubien, il s'agit en général d'un obstacle sous vésical qui entraîne une rétention chronique avec miction par regorgement.

- L'hypertrophie du veru montanum avec ou sans lésion inflammatoire, se révélant par pollakiurie, priapisme, mictions difficiles et incontinence, parfois crise rétentionnelle aigue. Le diagnostic ne peut être fait que par l'urétroscopie.

- Valvule de l'urètre postérieur qui dans les formes peu sténosantes se manifeste à l'âge où l'on risque de parler d'énurésie ; la dysurie, les mictions impérieuses attirent l'attention et doivent permettre le diagnostic et le traitement avant le retentissement rénal.

- Enfin, l'abouchement d'un uretère ectopique dans la vulve, le vagin ou l'urètre, entraîne une "fuite" constante d'urines parfois seulement diurne qui se surajoute à des mictions normales.

Ces différents aspects :

- définition limitative de l'énurésie
- détermination de ses caractères
- diagnostics différentiels

ont bien entendu été examinés avant de qualifier d'énurétiques les 35 enfants que cette enquête concerne.

SUJET D'ETUDE

Notre étude a porté sur 35 enfants atteints d'Enurésie que nous avons observés au cours d'une période de 2 ans.

26 des 35 malades énurétiques étaient des garçons. Ceci ne nous surprend pas et confirme la classique notion de la prédominance de cette affection dans le sexe masculin.

L'âge des malades est variable. Il s'échelonne entre 4 et 15 ans. En réalité, $\frac{2}{3}$ des enfants étaient âgés de 7 à 10 ans ; on ne relève que 3 observations d'enfants âgés de moins de 7 ans et 7 d'adolescents ayant atteint 14 ans et plus.

30 malades n'ont connu aucune période de propreté depuis la naissance et leur énurésie est considérée comme primaire.

Dans 5 cas seulement, elle est secondaire, apparue après des périodes de propreté allant de 6 mois à plusieurs années.

Presque toujours, il s'agit d'une énurésie uniquement nocturne. Dans 4 observations seulement : énurésie diurne et nocturne sont associées. Dans $\frac{3}{4}$ des cas les enfants urinaient au lit de façon quotidienne, l'énurésie étant alors qualifiée de permanente. Moins de 1 fois sur 4 ($\frac{8}{35}$) elle est intermittente avec des périodes sèches de très brève durée.

Dans $\frac{1}{4}$ des cas, la notion d'une énurésie familiale

est notée, que ce soit au niveau d'un ou plusieurs éléments de la fratrie ou d'un des deux parents, le père le plus souvent. Ailleurs encore, cousins, oncles ou tantes.

Nous verrons plus loin ce qu'il convient de penser de cette notion familiale.

Notre recrutement a eu une double origine. D'une part, le "tout venant d'une consultation de pédiatrie, les enfants venant consulter sur la simple initiative de leurs parents, ou adressés par leur médecin de ville. D'autre part, certains orientés vers notre consultation par le service d'urologie infantile, où des examens cliniques et complémentaires spécialisés avaient été pratiqués et s'étaient avérés normaux.

Certains de ces enfants ont été hospitalisés soit en service de pédiatrie générale, soit en urologie.

Beaucoup parmi eux avaient déjà été examinés par d'autres médecins et avaient subi différents traitements.

METHODE DE TRAVAIL

Nous n'avons pas pu appliquer une méthode de travail présentant toute la rigueur scientifique voulue.

Nous entendons par là que la méthode du "double aveugle" avec recours au placebo n'a pas été employée, dont l'interprétation n'est d'ailleurs possible, étant donné la grande diversité des types d'énurésie, qu'en se référant à une grande série.

Néanmoins, nous pensons pouvoir considérer les résultats obtenus comme interprétables.

L'Imipramine a été donné à la dose d'une dragée de 25 mg en une seule prise quotidienne, le soir au moment du coucher. Ceci de façon habituelle quels que soient le poids et l'âge de l'enfant.

Quelques variantes cependant sont à noter :

- dans 6 observations, l'enfant a reçu de l'Imipramine à 10 mg,

- ailleurs, la dose a été fractionnée en 2 prises ; l'une vers 17 heures, l'autre lors du coucher,

- dans 2 observations, l'enfant a reçu de l'Imipramine 25 puis de l'Imipramine 10 mg,

- ailleurs encore, la prise quotidienne de l'Imipramine 25 mg est devenue intermittente un jour sur deux.

Les raisons de l'adaptation de la posologie furent le plus souvent psychologiques ; l'enfant guéri craint parfois la rechute après l'arrêt du traitement ; la posologie dégressive ou intermittente lui permet de surmonter sa légitime inquiétude.

Dans 3 observations, la posologie fut plus importante de 37,5 mg par 24 h à 75 mg avec prise d'un ou d'un demi comprimé dans le courant de l'après-midi.

A cette prescription d'Imipramine, nous avons associé une série de mesures :

- tentative de rééducation vésicale dans la journée, en demandant à l'enfant d'uriner à heures fixes ;

- gymnastique spinctérienne en demandant une suite d'interruptions volontaires de la miction ;

- restriction des boissons au repas du soir voire en fin d'après-midi ;

- mise à portée de main de l'enfant, d'une lampe de chevet ou autre système permettant un éclairage de la chambre la nuit ;

- système de réveil aboutissant à un ou deux levers par nuit ;

- suppression de toutes les garnitures durant le sommeil : couches, culottes plastique, alèse. Seul un emballage plastique du matelas a été autorisé ;

- inscription des résultats sur un carnet le matin au réveil ;
- l'inscription à un club sportif ou à une activité vécue en collectivité a souvent été conseillée ;
- enfin , un soutien psychologique de l'enfant sous la forme d'une consultation mensuelle ou bi-mensuelle, parfois de l'envoi d'une lettre d'encouragement lorsque l'enfant nous transmettait par lettres les résultats obtenus.

Lors de la première entrevue "Médecin-nouveau venu" un exposé global de la situation a été fait, parents et enfant étant présents. Chaque fois et ceci même si le temps consacré a été relativement bref, parents et enfants ont également été vus séparément par le médecin.

Nous n'avons pas manqué de prévenir les parents de la survenue possible de manifestations d'intolérance (celles-ci seront décrites dans le chapitre "Tofranil").

Nous verrons en examinant les résultats que la tolérance du produit a été bonne avec la posologie que nous avons utilisée.

Nous avons classé nos résultats en 4 catégories :

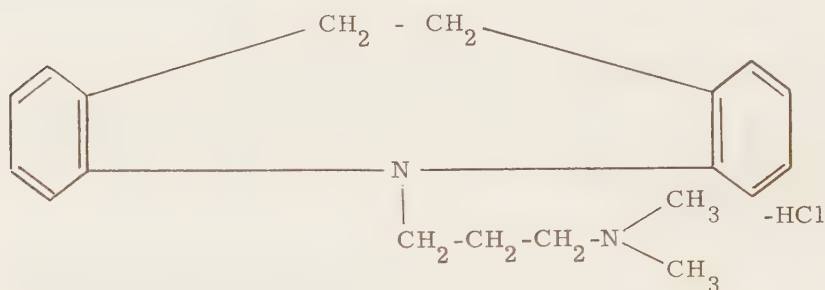
- guérison avec un recul de 1 mois à 2 ans ;
- amélioration franche, les accidents nocturnes sont devenus rares, inférieurs à 5 fois par mois ;
- amélioration partielle et il est difficile dans ces cas de prévoir ce que sera l'évolution ultérieure ;

- Les échecs : aucun bénéfice n'a été tiré du traitement bien que celui-ci ait été correctement suivi durant au moins un mois.

LE TOFRANIL

Le médicament utilisé est surtout connu comme anti-dépresseur, sous le nom d'Imipramine. C'est un thymoleptique.

Dérivé de l'imino-dibenzyle, il répond à la formule chimique suivante



chlorhydrate de N (γ diméthylaminopropyl-) imino-dibenzyle.

Sa formule brute est $C_{19}H_{25}N_2Cl$ et son poids moléculaire 316,5.

EFFETS PHARMACOLOGIQUES.

Nous examinerons les effets qui peuvent intervenir directement ou indirectement sur la fonction mictionnelle. Il faut distinguer ceux qui intéressent le système nerveux central et ceux qui s'exercent sur le système nerveux végétatif.

1° - Sur le système nerveux central

L'Imipramine atténue habituellement la réaction activante du système réticulé du tronc cérébral tandis qu'il excite de façon passagère, le noyau thalamique médian qui modère et synchronise l'activité corticale. Ceci expérimentalement, mais en clinique

humaine, on constate une stimulation de la vigilance : réduction du sommeil avec augmentation de l'activité du rêve. Cette action stimulante d'éveil sur le système nerveux central rendrait plus perceptible le stimulus de la distention vésicale, et a été invoquée pour expliquer l'action du Tofranil sur l'énurésie. En fait, nous aurons à discuter des rapports du sommeil et de l'énurésie.

2° - Sur le système nerveux végétatif

L'effet prédominant est une inhibition de la transmission au niveau des synapses parasympathiques. L'Imipramine est donc susceptible de réduire l'hypervagotonie pelvienne et l'hypertonie vésicale qui ont été constatées expérimentalement chez certains énurétiques.

3° - Les incidents

Ils sont rares aux doses utilisées dans le traitement de l'énurésie.

Cependant, il faut prévenir les parents de leur éventuelle possibilité d'apparition.

Théoriquement, on peut craindre des effets parasympatholytiques : sécheresse des muqueuses, tachycardie, sueurs profuses, troubles légers de l'accomodation, céphalées, parfois nausées.

Quant aux effets centraux, il s'agit d'hypersomnie diurne ou d'insomnie nocturne, d'une libération d'angoisse ou d'excitation.

En pratique, aux doses utilisées chez l'enfant pour le traitement de l'énurésie, ces effets secondaires risquent peu

RESULTATS

Commentaires.

- Sexe : 26 garçons
9 filles

- Age : de 4 ans à 15 ans
Ces données ont déjà été précisées.

- Rang dans la fratrie
Rarement, il s'est agi d'un enfant unique.

Le nombre d'enfants dans les familles que nous avons rencontrées allait de 1 à 8.

Dans 20 cas, le rang de naissance a été précisé.

Dans la majorité des observations (11 fois), l'enfant atteint par l'affection était l'ainé.

Y-a-t-il des remarques à faire à propos de ces constatations ?

Peut-être faut-il retenir le placement nourricier relativement fréquent pour l'ainé, la mère conservant son travail le plus longtemps possible. Ou bien encore le caractère souvent rapproché des grossesses conduisant la mère, accaparée par les

	Enurésie Primaire	Enurésie Secondaire	Enurésie Permanente	Enurésie Intermittente	Enurésie Nocturne	Enurésie Diurne	Explorations Urologiques
1	+		+		+		
2		+	+		+	+	
3	+		+		+		normale
4	+		+		+		normale
5	+		+		+	+	normale
6	+		+		+	+	M. du col
7	+		+		+		normale
8	+			+	+		normale
9	+		+		+		hypospadias
10	+			+	+		hypospadias
11		+		+	+		
12		+	+		+		
13	+		+		+		
14	+			+	+		normale
15	+			+	+		
16		+	+		+		hydronéphrose
17	+		+		+		
18	+		+		+		normale
19	+			+	+		
20	+		+		+		
21	+			+	+		
22	+		+		+		
23		+	+		+		
24	+			+	+		
25	+		+		+		
26	+		+		+		
27	+		+		+		
28	+			+	+	+	
29	+		+		+		
30	+		+		+		normale
31	+		+		+		normale
32	+		+		+		normale
33	+		+		+		normale
34	+		+		+		normale
35	+		+		+		normale

	Posologie en mg/24h	Durée du traitement	Tolérance	Sevrage facile	Sevrage difficile	Guérison compl.	Amélioration franche	Amélioration partielle	Echecs complets	Reculs
1	25 mg	5 semaines	T. B.	+		+				5 mois
2	10 mg	1 mois 1/2	T. B.		non sevré		+			1 mois 1/2
3	25 mg	2 mois	T. B.		+		+			2 mois
4	25 mg	2 mois	T. B.						+	
5	25 mg	2 mois	T. B.		non sevré	+				4 mois
6	25 mg	2 mois	T. B.		non sevré		+			2 mois
7	25 mg	1 semaine	T. B.	+		+				6 mois
8	10 mg	3 mois	T. B.	+		+				6 mois
9	25 mg	2 mois	T. B.	+		+				8 mois
10	25 mg	2 mois	T. B.	+		+				1 an
11	25 mg	2 mois	T. B.	+		+				3 mois
12	25 mg	1 semaine + hospitali.	T. B.	+		+				2 mois
13	10 mg	4 mois	T. B.		non sevré		+			4 mois
14	25 mg	6 mois	T. B.		non sevré		+			6 mois
15	25 mg	2 mois	T. B.		+	+				4 mois
16	25 mg	4 mois	T. B.	+		+				2 mois
17	10 mg	8 mois	T. B.		+	+				2 ans
18	25 mg	2 mois	T. B.		+	+				2 mois
19	37,5 mg	2 mois	T. B.	+		+				4 mois
20	25 mg	3 mois	T. B.		+				+	
21	37,5 mg	3 mois	T. B.		non sevré		+			6 mois
22	25 gm	1 mois	T. B.		non sevré	+				6 mois
23	25 mg	15 jours	T. B.		non sevré	+				2 mois
24	25 mg	2 mois	T. B.	+		+				1 an
25	25 mg	2 mois	T. B.	+		+				2 mois
26	25 mg	2 mois	T. B.						+	
27	10 mg	2 mois	T. B.						+	
28	10 mg	1 mois	T. B.		non sevré			+		4 mois
29	25 mg	1 mois	T. B.						+	
30	25 mg	11 mois	T. B.	+		+				1 an
31	25 mg	6 mois	T. B.	+			+			2 ans
32	25 mg	1 mois	T. B.	+		+				6 mois
33	25 mg	3 mois	T. B.	+		+				1 an
34	25 mg	en trait.	T. B.		non sevré					en Tt.
35	25 mg	en trait.	T. B.		non sevré			+		en Tt.

Observations	Sexe	Age en années	Conditions Socio-économiques	Rang Nbre	Facteurs Psychologiques Associés	Sommeil	Notion Famille
SEM. P.	♂	15	bonnes	1/3	++ ménage désuni	profond	+
BOR. J. M.	♂	10	bonnes	1/4	++ transplantation	normal	
CUS. E.	♀	10		1/4	0	profond	+
KHI. D.	♀	15	mauvaises	1/8	++ Potomanie Situation conflictuelle	profond	+
KHI. M.	♂	12	mauvaises	3/8	débile moyen	profond	+
MUR. J. L.	♂	8	bonnes	1/4	0	profond	
VIC J. C.	♂	4	bonnes		0	normal	
COR. P.	♀	9	T. bonnes	3.5	+ Dyslexie, Difficultés scolaires	normal	+
FLA. P.	♂	8	bonnes	1/3	+ Obesité, Surdité appareillée	profond	
DAN. E.	♂	7	bonnes		0	normal	
SA. O.	♂	7	bonnes	1.3	+ refus scolaire	normal	
PER. J.	♂	9,5	mauvaises	6/6	++ suicide paternel devant enfant	normal	
FRAN. J. M.	♂	8		3/3	+ difficultés scolaires	profond	
GES. R.	♀	14			0	profond	
BAR. J.	♂	10			0	normal	
MIG. A.	♂	8	bonnes	1/1	0	normal	
MAY. J.	♂	12	bonnes	1/3	++ anxiété ++	normal	
SUY. P.	♂	14		5/6	+ difficultés scolaires	normal	
MEU. P.	♂	10	bonnes		0 gaucher - Tics	normal	+
COUR. P.	♂	7	médiocres	1/2	+ jumeau-difficultés relationnelles avec père	profond	+
COUR. J.	♂	7	mauvaises	1/2	+ jumeau-instable	profond	+
PHI. M.	♀	9	bonnes		0	normal	
KHE G.	♂	9	mauvaises	3/5	+ épileptique traité	normal	
POU. P.	♂	11	bonnes		+ refus scolaire	profond	

LEW. J. C.	♂	11		4/5	++ Myxoedème traité père remarié	normal	
AM. A.	♂	5	mauvaises	4/4	+ bégaiement tonique	normal	
MATH. P.	♂	7	mauvaises		+ transplantation	normal	
LEG. J. L.	♂	7			0	profond	+
KAR R.	♂	10	mauvaises	3/4	++ dyslexie, dysortho- graphie, migraines, difficultés scolaires	normal	
	♀	13	bonnes		0	normal	
	♀	15	bonnes		0	profond	
	♀	14	bonnes		0	profond	
	♂	12	bonnes		0	profond	
	♀	4	bonnes		+ surprotection	profond	
	♂	14	bonnes		+ surprotection	profond	

soins à donner à un nouveau-né, à négliger un peu l'ainé à l'heure même de son éducation spinctérienne. Sans oublier la classique apparition de l'énurésie à l'arrivé du puîné.

Deux fois l'énurésie existait chez un jumeau.

CARACTERES DE L'ENURESIE.

Nous les avons déjà précisés. 30 de nos malades n'ont eu aucune période de continence depuis la naissance.

5 seulement sont des énurétiques secondaires.

Cette répartition dûe au hasard sera à prendre en considération lors de l'interprétation de nos résultats. On sait, en effet, l'importance et parfois la profondeur du facteur névrotique sous-jacent dans les énurésies secondaires.

EXAMENS UROLOGIQUES.

Tous les malades ont subi un examen clinique de l'appareil uro-génital et un examen cytot bactériologique des urines.

Lorsque les résultats de ces examens, ou bien les caractères de l'énurésie (diurne et nocturne), ou bien encore l'existence d'anomalies mictionnelles y incitaient, des examens urologiques plus complets ont été pratiqués (U. I. V., examens endoscopiques). 13 fois sur 17, ces examens ont été normaux.

Chez 4 enfants, des anomalies ont été mises en évidence : 2 hypospadias, une hydronéphrose, une séquelle d'une maladie du col.

LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE.

Il a pu être établi avec suffisamment de rigueur dans 29 observations. 19 fois, il est bon ou excellent. 10 fois, les conditions sociales sont très médiocres :

- logement défectueux ; lit partagé avec un autre membre de la famille,
- niveau intellectuel des parents bas, avec attitude éducatrice très discutable,
- mère célibataire,
- revenu financier bas. Niveau peu élevé. Conditions d'hygiène défectueuses.

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ASSOCIES.

Dans la mesure du possible, une étude correcte a été faite du contexte de vie de l'enfant tant sur le plan familial que scolaire. C'est ainsi qu'ont été notés, à plusieurs reprises, les problèmes posés par une transplantation ; des difficultés scolaires de tous ordres : refus, dysorthographe, dyslexie, mauvais résultats, baisse de l'efficacité scolaire.

Des examens psychologiques approfondis et une évaluation quantitative du niveau de l'intelligence n'ont pas été pratiqués de façon systématique. Cependant, une seule observation concerne un débile moyen avec un QI à 62. Dans tous les autres cas, l'intelligence était normale ou subnormale.

Nous avons d'autre part, relevé l'existence ou non d'une situation conflictuelle, noté la présence ou non de grands

parents au foyer et leur comportement, apprécié autant que faire se peut l'entente des parents, leur divorce parfois, leur niveau intellectuel, et culturel, leur attitude éducatrice ; l'insertion familiale de l'enfant, d'éventuelles difficultés relationnelles avec ses parents, frères et soeurs, camarades. Sa naissance, son développement psycho-moteur dans la première enfance, sa vie au foyer ou en placement nourricier unique ou multiples ont également été notés, sa mise en pension éventuellement.

Dans 10 cas, des troubles du comportement sont signalés : nervosisme, instabilité, tics, bégaiement, potomanie, boulimie, agressivité.

L'existence ou non de maladie mentale dans la famille : l'un de nos enfants âgé de 9 ans a vu son énurésie apparaître après le suicide de son père dont il avait été témoin.

Enfin, un handicap physique : surdité bilatérale appareillée.

LE SOMMEIL.

Dans 18 cas, le sommeil est qualifié de très profond par les parents qui insistent sur les difficultés importantes à l'obtention d'un réveil authentique.

Cependant plusieurs mères nous ont spontanément signalé l'existence d'une brève phase d'agitation après la quelle de sec qu'il était dix minutes auparavant, l'enfant était trouvé par elle, inondé et... profondément endormi.

Le résultat d'une observation attentive rejoint les constatations faites lors d'une étude scientifique du sommeil de l'enfant et particulièrement de l'enfant énurétique.

LES TRAITEMENTS ANTERIEURS.

Dans 17 cas, de nombreux traitements avaient déjà abouti à l'échec.

10 enfants consultaient pour la première fois.

Il n'a pas toujours été facile et possible de faire préciser les différentes thérapeutiques mises en oeuvre, mais celles-ci sont de tous ordres :

- autres thymoleptiques
- antispasmodiques
- hospitalisation
- vitaminothérapie
- hormonothérapie
- sels minéraux
- mesures hygiéno-diététiques

NOTION FAMILIALE.

Dans le quart de nos observations, l'affection a été retrouvée chez un ou plusieurs membres de la famille. Que ce soit au niveau de la même génération, chez un frère, ou une soeur, voire plusieurs, ou chez l'un des deux parents et dans ce cas, il semble qu'il s'agisse le plus fréquemment du père, ce qui n'étonne pas étant donné la plus grande fréquence dans le sexe masculin. Parfois, c'était un oncle ou une tante qui avait souffert de cette infirmité.

Que penser de cette constatation ?

Y-a-t-il vraiment hérédité ? A quel niveau se situe-t-elle ? Système nerveux central ? Structure de personnalité ? Profondeur du sommeil ? Tonicité vésicale ?

Ou bien faut-il chercher ailleurs ? Méthodes éducatives, "dressage", spinctérien, attitude parentale face à l'évènement, port de couches . . . ou autre protection, habitude d'hygiène, climat de vie familiale. Dans ce sens, témoigne la réflexion plusieurs fois entendue : "ma belle-mère me conseille de ne pas m'en soucier, tout cessera à la puberté".

TOLERANCE.

La tolérance du produit avec la posologie que nous avons utilisée, nous a paru excellente. Une seule fois le traitement a du être suspendu car la mère avait constaté une modification de l'humeur chez sa fille : difficultés d'endormissement, colère, excitation.

SEVRAGE.

Dans 15 observations, il n'a posé aucun problème. 7 fois, le sevrage a été difficile. La posologie a du être dégressive ou l'administration intermittente.

Ailleurs enfin, l'interruption du traitement a entraîné immédiatement la réapparition du symptôme, celui-ci disparaissant à nouveau lors de la reprise du produit soit à la même dose, soit à dose plus élevée. Ceci a été noté 9 fois. Dans 4 cas, le sevrage n'a pas encore été effectué.

Certains ont eu à noter la persistance de l'énurésie, réapparue après sevrage, malgré l'administration d'Imipramine antérieure efficace. Nous n'avons pas eu dans notre expérimentation à constater ce fait.

LES RESULTATS.

Nous avons précédemment défini les 4 catégories dans lesquelles ceux-ci s'inscrivent.

1° - Guérisons

19 enfants ont été considérés comme guéris, c'est-à-dire que rapidement nous avons observé une disparition de leur symptôme. 3 enfants après leur guérison ne sont pas revenus à notre consultation et il ne nous a pas été possible de savoir si la guérison avait été définitive. Par contre, 16 parmi eux sont régulièrement suivis et le recul de la guérison varie entre 1 mois et 2 ans. Certains ont abandonné toute précaution (d'autres continuent actuellement leur traitement) ou restent fidèles aux mesures qui encadraient la prise de l'Imipramine.

2° - Les échecs

5 enfants n'ont tiré aucun bénéfice du traitement.

3° - Amélioration nette

8 enfants ont bénéficié très nettement du traitement. Les accidents nocturnes sont devenus rares, inférieurs à 5 fois par mois ou bien l'énurésie est intermittente avec une perte d'urines nocturne de temps à autre.

4° - Amélioration partielle

2 enfants n'ont qu'une amélioration très partielle et il ne nous est actuellement pas possible de savoir quelle sera l'évolution définitive.

PLACE DE NOS RESULTATS DANS LA STATISTIQUE DES AUTRES

Au total, trois quart de nos enfants ont vu leur énurésie soit guérie, soit nettement améliorée par la prise d'Imipramine.

En parcourant la littérature concernant l'utilisation de l'Imipramine dans le traitement de l'énurésie, nous constatons que partout aussi bien en France qu'à l'étranger, les résultats obtenus sont du même ordre de grandeur.

L'INTERPRETATION DES RESULTATS

Certes les résultats, présentés globalement, sont satisfaisants :

- 19 guérisons
- 10 améliorations
- 5 échecs

Encore faut-il les interpréter. Pour cela, il est utile de rappeler les résultats des autres thérapeutiques, et ceux de l'Imipramine elle-même, utilisée par différents auteurs.

Puis, nous essaierons de dégager certains facteurs susceptibles d'expliquer les succès et les échecs des cas présentés dans notre étude.

En fait, ce qui permettrait le mieux d'interpréter les résultats, et d'en tirer les conséquences pratiques, serait de connaître le mécanisme d'action de l'Imipramine. Mais ce point n'est pas totalement élucidé, comme nous le verrons.

LES AUTRES THERAPEUTIQUES.

Différents "traitements" très agressifs ont été infligés aux énurétiques : les pointes de feu ou coups de fouet sur la région périnéale ou lombaire, les électrochocs lombo-pubiens, les injections épidurales. Tout aussi odieuses sont les punitions

humiliantes par lesquelles l'enfant est d'une manière ou d'une autre cloué au pilori. On peut en rapprocher les menaces de castration.

A l'opposé, on peut citer des traitements médicamenteux dont la plupart sont anodins : ainsi les sédatifs généraux, les parasympatholytiques, Belladone, par exemple, qui agissent sur la dystonie neuro-végétative et notamment, l'hypervagotonie pelvienne.

L'éphédrine, au contraire, renforce la tonicité vésicale.

Les amphétamines ont été utilisés pour lutter contre l'hypersomnie parfois incriminée. Cette médication n'est pas dépourvue de danger. Il en est de même pour les hormones : hormone mâle, gonadotrophine chorionique.

On pourrait citer encore les vitamines et oligo-éléments.

Ces méthodes, des plus brutales aux plus légères, ont à leur actif des succès non négligeables qui mettent bien en valeur l'importance du facteur psychologique de suggestion. Ce facteur ne doit pas être négligé dans l'appréciation des résultats de tout traitement des énurétiques.

Nous envisageons maintenant les mesures thérapeutiques d'hygiène et de régime.

L'enfant doit avoir une vie régulière avec heures de sommeil fixes dans des conditions calmes. Il faut éviter dans le coucher tout ce qui peut maintenir l'énurétique dans un état régressif, passif, comme les bambinettes et autres langes.

Quant au régime, il consiste seulement à éviter les

boissons excitantes et diurétiques, et si l'enfant absorbe trop de liquide, à en ramener la quantité à la normale.

Ces procédés ne sont que des adjuvants.

Plus fondamentales sont les méthodes visant à une éducation ou rééducation sphinctérienne, à une action psychothérapique.

L'éducation spinctérienne doit tenir compte des facteurs physiologiques et psychologiques, pour réaliser les meilleures conditions d'une prophylaxie de l'énurésie.

Au cours des premiers mois, il faut changer l'enfant après chaque tétée, s'il ne rejette pas son lait trop facilement, afin de lui inculquer des habitudes de propreté.

L'enfant ne sera mis sur le pot, en matière plastique si possible (le pot en émail est dur et froid) qu'à l'âge où il commence à marcher. Cette éducation de la propreté exige pour être couronnée de succès une certaine maturation anatomique et neurologique. L'entreprendre trop tôt est la condamner à l'échec et établir de mauvais rapports avec l'enfant. La mère doit mettre son enfant sur le pot au moment où il manifeste par son attitude, son envie d'uriner. Elle doit, pour savoir repérer celle-ci, observer correctement son enfant.

Il faut faire comprendre à l'enfant ce qu'est l'usage du pot et éviter de prolonger ou de multiplier les stations sur celui-ci (5 à 10 minutes toutes les 2 ou 3 heures). De même, corriger l'enfant trop jeune pour comprendre ou faire une scène chaque fois que survient un incident malheureux sont des conduites à éviter, ainsi d'ailleurs que le don d'une récompense, bonbon ou autre, lorsque l'enfant a été propre.

Quelque temps après que l'enfant saura être propre le jour, il faudra supprimer ses couches la nuit, ne conservant sous le drap qu'une alèze imperméable.

L'enfant pourra être levé une ou deux fois par nuit au début ; cela facilitera son habitude de propreté.

D'une façon générale, il est souhaitable d'inciter l'enfant à s'occuper lui-même de sa propreté et à prendre très vite son autonomie : aller chercher lui-même son pot, enlever et remettre sa culotte. Il est également bon de ne pas laisser voir à l'enfant l'importance que la mère attache à ce problème.

Enfin, il ne faut pas oublier de faire uriner un garçon debout à partir de 2 ans.

La rééducation mictionnelle

Quand il existe une énurésie diurne (et même pour certains nocturne), on peut préconiser une rééducation mictionnelle faite pendant la journée, qui consiste à habituer l'enfant à vider sa vessie à intervalles rapprochés, à savoir interrompre sa miction.

Dans toute rééducation de la miction, l'enfant participera d'autant mieux qu'on lui aura expliqué l'anatomie et la physiologie de l'appareil urinaire, avec l'aide de schémas et en lui faisant ensuite exposer ce qu'il aura compris et retenu.

Dans certains cas, l'enfant peut bénéficier des méthodes de réveil nocturne.

Les Docteurs Michel et Nicole SOULE conseillent ce traitement chez les enfants d'au moins 8 ans, coopérants, désireux de guérir de leur énurésie, et ne souffrant pas de troubles affectifs

graves. Pour obtenir ce réveil nocturne, l'enfant apprend à installer lui-même un appareil électrique. Celui-ci comporte deux boîtes métalliques reliées à un boîtier à pile qui commande une sonnerie. Ces boîtes sont isolées par un tissu qui s'imbibe quand l'enfant commence à uriner. Le circuit est alors fermé et la sonnerie retentit ; l'enfant doit se lever, terminer sa miction et réinstaller lui-même l'appareil. Il intervient à tous les stades de cette rééducation, ainsi il note également lui-même les résultats. Ceux-ci sont satisfaisants quand les indications sont bien posées. Ils semblent résulter à la fois de l'installation d'un réflexe conditionné et d'une véritable psychothérapie qui conduit l'enfant à prendre en charge sa guérison.

Chez certains énurétiques, d'autres méthodes psychothérapiques sont nécessaires :

- psychothérapie analytique, parfois,
- psychanalyse infantile
- psychodrame où l'enfant, puis le médecin jouent le

rôle du sphincter s'opposant à la miction, ceci bien sûr après une explication de l'anatomie et de la physiologie. On a pu également réaliser des psychodrames et des sociodrames plus complexes.

LES AUTRES EXPERIMENTATIONS DE L'IMIPRAMINE.

Depuis 1960, de nombreuses études ont été faites.

Une récapitulation récente porte sur plus de 1 000 cas étudiés par 50 auteurs. C'est dire que le matériel d'étude est très divers : enfants le plus souvent, mais parfois adultes ; sujets d'intelligence normale ou atteints de retard psycho-moteur ; les méthodes ne sont pas homogènes non plus : avec ou sans utilisation de placebos ; quelquefois méthode du double anonymat. Les doses varient de 10 mg à 75 mg et plus, selon l'âge du malade et l'opinion de l'expérimentateur. La tolérance est dans l'ensemble excellente.

La plupart des auteurs insistent sur la rapidité de l'amélioration ou de la guérison, et aussi sur la nécessité de ne pas arrêter prématurément le traitement sous peine de rechute. Les quelques effets secondaires parfois notés, ont été : une excitation psychomotrice ou des nausées.

En France : le regroupement des résultats de 6 auteurs (BALESTIER, BOUCHEREAU, COULOMBIER, KOUERNIK, GESKIS, RICOUR) concerne 165 cas, sur lesquels 135 ont bénéficié de la guérison ou d'une amélioration marquée, tandis que 30 ont abouti à une amélioration faible ou à un échec.

A l'étranger : si nous retenons les statistiques sous lesquelles les résultats ont été également classés selon le critère "succès", "amélioration", "échecs" sur un total de 595 cas (regroupant 25 séries), on enregistre 421 succès, et 16 améliorations ; les 158 autres cas correspondent soit à des échecs, soit à des traitements par un placebo ou un autre médicament.

Il n'est pas sans intérêt de revenir sur certaines études, du fait de leur méthodologie plus rigoureuse.

Ainsi, celle de MANHAS et SHARNA qui ont réalisé une expérimentation "doublement aveugle". Ils ont réparti 72 enfants âgés de 5 à 15 ans en 4 groupes :

- dans le groupe A : 29 enfants recevaient de l'Imipramine, 25 mg avant 12 ans, 50 mg après 12 ans

il y a eu 26 guérisons ou améliorations

- dans le groupe B : 27 enfants recevaient un placebo : 1 guérison et 3 améliorations

- dans le groupe C : 8 enfants recevaient pendant un

mois du placebo ; ce qui entraîna 2 améliorations, ensuite, ils ont reçu pendant un mois de l'Imipramine : 7 guérisons ou améliorations

- enfin dans le groupe D : 6 enfants sur 8 avaient été guéris ou améliorés par l'Imipramine, quand ils reçurent ensuite du placebo, il y eut 2 rechutes.

L'expérimentation de DROOBY (Liban) a porté sur 2 groupes de 50 énurétiques de 5 à 25 ans ; dans le premier groupe recevant des médicaments classiques, il n'y eut que 30/100 de succès, dans le groupe recevant de l'Imipramine, presque tous les malades ont réagi en quelques jours.

La série de FRIDAY et FELDMAN compare 2 groupes. 22 enfants reçoivent de l'Imipramine, 29 un placebo ; le double anonymat est respecté. Il y eut : 82 % de succès dans le premier groupe ; 45 % dans le deuxième groupe. Dans ce groupe, les 16 enfants non guéris ont reçu secondairement de l'Imipramine avec un succès de 62 %.

De même aux U.S.A., MARIUZ et WALTERS, MUNSTER et SANNDERS, POUSSAINT et DITMAN, TREFFERT, ont conclu à la supériorité de l'Imipramine sur les placebos utilisés parallèlement.

Si nous revenons maintenant à notre étude portant sur 35 cas, il faut tenter de préciser les facteurs pouvant expliquer les succès et les échecs.

MODE D'ACTION PRESUMEE DU TRAITEMENT.

Trois hypothèses essentiellement ont été proposées pour expliquer l'action de l'Imipramine :

- modification qualitative du sommeil,
- action sur les centres encéphaliques commandant le sphincter vésical,
- action sur la vessie.

MODIFICATION QUALITATIVE DU SOMMEIL.

L'Imipramine diminuerait la profondeur du sommeil, permettant ainsi une meilleure perception des stimulations vésicales.

En fait, l'observation clinique de l'enfant énurétique et de façon plus précise, l'enregistrement d'électroencéphalogramme, d'électrocardiogramme, des mouvements oculaires, sont loin de confirmer le rôle attribué, souvent par les parents, à une profondeur excessive du sommeil ; chez l'enfant très jeune seulement, on peut incriminer ce facteur. Par contre, chez des enfants plus âgés on constate que l'épisode énurétique se produit pendant une phase de sommeil léger, voire agité, une véritable phase de préréveil pendant laquelle l'enfant perçoit très bien des incitations autres que celles qui viennent de la vessie. Malgré cela, les parents ont du mal à réveiller l'enfant à ce moment, ce qui semble plus un élément du comportement de l'énurétique que le reflet d'une hypersomnie physiologique réelle.

ACTION SUR LES CENTRES ENCEPHALIQUES.

Commandant le sphincter vésical.

En réalité, la notion de centres corticaux (lobes frontaux, lobule paracentral) contrôlant des centres sous-corticaux de la miction est assez controversée, et l'on attribue beaucoup plus d'intérêt actuellement à l'aspect fonctionnel de la maîtrise progressive du contrôle sphinctérien. Ce sont donc les problèmes affectifs et relationnels qui sont primordiaux ; on n'isole pas une notion purement organique de maturation des centres nerveux vésicaux. Quoiqu'il en

soit, une action pharmacodynamique de l'Imipramine à ce niveau paraît peu probable, surtout si l'on considère la rapidité d'action de ce médicament.

L'ACTION DIRECTE DE L'IMIPRAMINE SUR LA VESSIE.

Semble, au contraire, une hypothèse mieux étayée.

On soupçonne chez beaucoup d'énurétiques, une hypervagotonie pelvienne. Ceci parce que l'énurésie s'accompagne chez eux d'autres signes attestant la prédominance du système parasympathique, et parce que les vagolytiques ont pu diminuer leur symptôme.

Surtout les cystométries mettent en évidence dans les énurésies primaires, une hypertonie vésicale, avec une élévation trop rapide de la tension vésicale, des contractions vésicales, incomplètement inhibées, aboutissant à une miction avant une réplétion normale.

Or, HAGGLUND et PARKKULAINEN ont expérimenté l'Imipramine avec des cystométries et des contrôles du contenu vésical. Ils ont constaté une augmentation de 34 % de la capacité vésicale moyenne de ces enfants sous traitement par l'Imipramine.

Cet effet serait dû à l'effet parasympatolytique de l'Imipramine au niveau des fibres vésicales.

Au total, le mode d'action de l'Imipramine sur l'énurésie reste mal connu. Du moins, étant donné son effet parfois très rapide (en quelques jours) il paraît exclu que ce médicament puisse agir sur les facteurs psychologiques, dépressifs ou autres. Plus probable paraît être un effet viscéral. En outre, il ne faut pas oublier l'effet de suggestion qui lui peut être immédiat, et qui est commun, on l'a vu, aux différents traitements de l'énurésie.

L'INTERPRETATION DES RESULTATS PERSONNELS ET CRITIQUE

L'Imipramine dans le cadre de notre expérience, nous paraît avoir une action certaine sur l'énurésie. Les résultats présentés globalement, nous l'avons dit, sont satisfaisants.

A l'appui de notre impression clinique, nous pouvons rapporter les résultats observés à la suite de l'arrêt volontaire du produit :

- dans 10 cas, nous avons observé une rechute après interruption de la thérapeutique qui a été suivie de guérison après la reprise de l'Imipramine,

- dans 2 observations, le remplacement de l'Imipramine par un antispasmodique s'est accompagné d'une réapparition de la perte nocturne des urines qui a de nouveau cédé à l'administration de Tofranil.

Certes, notre série est trop courte pour avoir une valeur statistique mais il nous paraît raisonnable d'affirmer que l'action de l'Imipramine est différente d'une activité placebo.

Encore faut-il tenter de dégager certains facteurs susceptibles d'avoir parallèlement à l'administration du médicament influencé nos résultats.

C'est ainsi que pour expliquer les succès, nous considérons comme importants les faits suivants :

- la forte proportion d'énurésie primaire
- les niveaux intellectuels le plus souvent normaux
- le contexte socio-économique : 19 fois bon ou excellent
- enfin, le temps consacré à chaque cas. Le médecin

envisageant avec les parents, les modifications à apporter aux méthodes éducatives concernant chaque enfant. Souvent, il s'agissait de mères soucieuses de bien faire, mais débordées, hyperprotectrices ou méticuleuses. Des entretiens renouvelés avec le médecin, tout au long de cette période de traitement de leur enfant, les ont probablement soutenus dans leur effort et guidés vers un comportement plus normal, facilitant leur relation avec l'enfant.

Quant aux enfants eux-mêmes, les "types" de personnalité le plus souvent rencontrés, étaient des retardés affectifs, retardés moteurs souvent émotifs. Là encore, l'entretien avec le thérapeute visant à déculpabiliser l'enfant, à calmer son anxiété, à lui montrer l'intérêt qu'il y a à grandir, à guérir ; en le valorisant, en lui confiant son traitement a certainement joué pour une large part dans l'obtention du succès.

Les résultats sont en partie fonction de l'intérêt que le médecin porte à son malade et des bonnes relations qu'il établit avec lui et sa famille.

Sans oublier évidemment le rôle joué par toutes les mesures annexes lorsqu'elles étaient correctement appliquées.

Chaque fois que la thérapeutique a abouti à un échec, on note l'existence d'un contexte socio-économique mauvais ou médiocre, des difficultés relationnelles majeures, une situation

conflictuelle, une éducation hyperprotectrice, d'autres troubles associés. Autrement dit l'existence d'une situation névrotique sous-jacente extrêmement profonde et qu'un simple soutien psychologique joint à l'administration d'Imipramine, ne pouvait parvenir à régler.

En pratique, et pour ce qui est de l'exercice quotidien de la médecine en pédiatrie courante, nous pensons utile de tenter d'établir une "observation type" qui permettrait au pédiatre, examinant pour la première fois un enfant énurétique de réunir un certain nombre de données visant à situer "cet Enurétique" parmi les Enurétiques.

Eviter d'adresser en psychiatrie infantile, une énurésie, symptôme isolé dont la guérison relèverait de quelques conseils éducatifs, mesures hygiéno-diététiques et soutien psychologique épaulé par une prescription médicamenteuse, nous semble être non seulement important, mais indispensable. Ceci, d'une part, afin de ne pas surcharger les consultations spécialisées déjà par trop encombrées, de ne pas traumatiser l'enfant et d'autre part, afin d'intéresser le pédiatre à ce versant de la pathologie.

Par contre, suspecter très tôt un fond névrotique important, pressentir que les données sont telles qu'une prise en charge dans un milieu pédiatrique ne suffira pas à normaliser cette situation pathologique, est capital.

Cet enfant ne doit pas errer de consultations en consultations, voir son anxiété s'accroître d'échec en échec ; il doit être confié à un pédo-psychiatre qui statura sur l'attitude à prendre : isolement ou non du milieu familial, psychothérapie individuelle ou de groupe, psychanalyse.

Voici le schéma que nous proposons afin de guider l'interrogatoire : celui-ci devra être mené avec tact et non dans une

ambiance "policière". Si possible, les réponses "délicates" seront notées après l'entretien.

Nom de l'examineur :

Adressé par :

Date de l'entretien :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Grossesse désirée ou non :

"vécue"

Accouchement

- déroulement
- souvenir laissé

Situation matérielle :

- "légale" (conjugale) des parents lors
de la grossesse

Est-ce que la venue de l'enfant a soulevé des difficultés matérielles ?

Qu'elle était la situation conjugale des parents :
séparés, divorcés ?

Développement psycho-moteur de l'enfant :

- allaitement
- alimentation
- vitamines
- date du premier sourire
- date de la position assise
debout
- premiers mots
- premières phrases (2 mots associés)
ayant une signification)
- qualité du langage actuel
- comportement: éveillé, gai, triste,
avec adulte

Ce comportement s'est-il trouvé modifié ?

Il y a combien de temps ?

- sortie quotidienne ou non
- placement nourricier éventuel
 - unique
 - multiples
 - journalier
 - hebdomadaire
 - ou plus
- crèche
- santé : petits problèmes
- maladies éventuelles
- vaccinations
- repaires courbe poids,
taille
- scolarisation Maternelle à
 - Actuellement
 - Résultats
 - Contacts avec autres
 - Adaptation
- troubles divers :
 - dyslexie
 - dysorthographe
 - difficulté de latéralisation
 - perturbation du comportement

Fratrie

- vivant
- décédé
- fausse couche
- rang
- contact entre enfants

Parents

- père âge

métier

niveau d'études

renseignements sur enfance

santé : maladies éventuelles

neuro-psychiatriques

intoxication éventuelle :

alcoolique

tabagique

comportement :

- au travail

- à la maison

- présence à la maison

- avec enfants

avec le malade en particulier

avec sa femme

avec ses propres parents

Mère : idem

Grands-Parents

grand-père

grand-mère

santé

travail

caractère

distance du foyer des parents

fréquence à laquelle ils sont vus

leur comportement avec les parents

avec les petits enfants

Conditions de logement

Occupations des loisirs :

- famille

- du petit malade

Vacances

Enurésie proprement dite

- âge d'éducation de la propreté
- comportement de la mère ou substitut à cet égard
- âge propreté diurne
- âge propreté nocturne
- date apparition Enurésie
- ses caractères
 - diurne
 - nocturne
 - intermittente
 - permanente
- facteurs déclenchants éventuels
- attitude de l'enfant vis-à-vis de l'Enurésie
- attitude de la mère vis-à-vis de l'Enurésie
- attitude de la famille vis-à-vis de l'Enurésie
- notion familiale et traitements éventuels
- traitements antérieurs
 - les citer si possible
 - résultats
 - intérêt apporté par l'enfant
- traitement actuel et petits moyens annexes : literie, couches

Examens urologiques

- fréquence et caractères des mictions
- examens complémentaires pratiqués

Examens psychologiques antérieurs

- résultat

Au total : impression personnelle du médecin

- cas simple
- cas complexe à orienter
- cas où le problème urologique prédomine

CONCLUSIONS

Nous avons adopté la définition suivante de l'énurésie
 "Miction à la fois active et complète involontaire et inconsciente,
 sans lésion de l'appareil urinaire, survenant le plus souvent au cours
 du sommeil, chez un enfant de plus de trois ans".

Notre étude a porté sur 35 malades, non sélectionnés,
 d'une consultation de pédiatrie, quelques uns d'entre eux adressés par
 le service d'urologie.

Les observations ont été analysées dans une première
 partie. L'âge, le sexe, le contexte socio-familial ont été notés. Un
 examen psychologique, une évaluation du niveau de l'intelligence ont
 été faits dans un certain nombre de cas. Un examen urologique, clini-
 que, systématique complété lorsque cet examen ou le caractère de l'
 énurésie l'y incitaient par des explorations radiologiques ou endosco-
 piques, a mis en évidence dans quatre cas des anomalies. Les carac-
 tères primaires ou secondaires de l'énurésie ont été précisés et dans
 ce cas sa date d'apparition, la chronologie, et la fréquence ; l'associa-
 tion ou non à une énurésie diurne ou familiale ont été notés.

Les modalités du traitement par l'Imipramine, la
 posologie, la durée, les conditions de sevrage, la tolérance ont été
 précisées.

A cette thérapeutique s'associait un soutien psycho-
 thérapeutique minimum et une série de mesures annexes.

Les résultats colligés sur un tableau ont été classés, guérison complète, amélioration franche et partielle, échec complet, le recul après sevrage varie de quelques mois à deux ans.

L'interprétation des résultats a fait l'objet de la deuxième partie. Après avoir rappelé brièvement les différentes thérapeutiques en usage, nous avons essayé de dégager le rôle joué par l'Imipramine. Son action, à partir de quelques exemples de sevrage ou de substitution par un antispasmodique, nous est apparu différent d'un effet placebo, rejoignant par là les données de la littérature que nous avons prises en référence, et plus particulièrement certains travaux faisant état d'expérience en double aveugle.

L'Imipramine au vu de nos résultats, nous est apparue comme un traitement adjuvant indiscutable de l'énurésie. En respectant certaines normes, sa tolérance apparaît parfaite. Elle ne dispense nullement des autres mesures, notamment psychothérapiques, mais en apparaît souvent complémentaire.

La fréquence avec laquelle nous avons rencontré des cas d'énurésie en consultation pédiatrique, nous a incité à proposer un schéma d'examen qui puisse être facilement exécuté en pratique pédiatrique. Certes, les modalités d'énurésie y seraient consignées mais aussi certains aspects psychologiques. Les conditions familiales et sociales, l'état des relations Parents-Enfants. Ce schéma suffisamment simple pour pouvoir être suivi dans une consultation de pédiatrie non spécialisée qui apparaît comme le lieu électif de recrutement, permettrait un classement et de la sorte une certaine orientation thérapeutique. Certains enfants réclament d'emblée un soutien psychologique et chaque fois qu'il est nécessaire une orientation vers un milieu psychiatrique au fin d'un bilan, doit être envisagé avant que n'ait été épuisé, à l'aveugle, toutes les thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUERSFELD K. M.
Die Behandlung der Enuresis mit Imipramin (Tofranil *)
Praxis 58, 19 : 626, 629, 1969.
2. BILLE J. PIERRON H. BALESTIER B. BOUDOURESQUES J.
Une médication mésestimée de l'énurésie infantile : l'Imipramine
(à propos de 50 observations)
Marseille Méd. 105, 7, 8, 1, 6, 1968.
3. BINDELGLAS PK DEE G. ENOS F.
Medical and psychosocial factors in enuretic children treated
with Imipramine hydrochloride
Amer J. psychiat. 124, 1107, 1112, 1968.
4. BLACKMAN S. BENTON A. COVE L.
The effect of Imipramine on Enuresis
Amer. J. psychiat. 120, 12, 1194, 1195, 1964.
5. BOUCHEREAU L.
Traitement de l'énurésie infantile par le Tofranil 10. Expérience
de 2 ans en colonie sanitaire
Med. Inf. 75, 3, 236 , 242, 1968.
6. CHAVELET François
Effet du Tofranil dans l'Enurésie
Gaz. Med. Octobre 1969

7. COULOMBIER

Traitement de l'Enurésie par l'Imipramine chez des enfants retardés

Inform. Thér. 3, 2, 22, 24, 1965.

8. DROOBY A. D.

A reliable trace with enuresis

Dis. NERV. Syst. 25, 97, 100 (1964)

9. EPSTEIN S. GUILFOYLE F.

Imipramine (Tofranil) in the control of enuresis

Amer. J. Dis. Child. 109 : 412, 415, (1965)

10. EPSTEIN S. de QUEVEDO A.

The control of enuresis with Imipramine in the presence of organic bladder disease

Amer. J. psychiat. 120, 9, 908, 910, 1964

11. GESKIS D.

L'énurésie à propos de cas traités par le Tofranil

Ouest med. 20, 2 : 129, 133 (1968)

12. MARIUS M. WALTERS C.

Enuresis in non-psychotic boys treated with Imipramine

Amer J. psychiat. 130, 6 : 597-599 (1963)

13. MEUSERT W.

Die Behandlung dess Bettnässens mit Tofranil

Med. Welt. 5, 245-246 (1961)

14. NOACK C. H.

Enuresis nocturna : a long term study of 44 children treated with Imipramine hydrochloride (Tofranil) and other drugs

Med. J. Aust. 51, 6 : 191, 192 (1964)

15. POUSSAINT A. DITMAN K.

A controlled study of Imipramine (Tofranil) in the treatment of childhood enuresis

J. Pediat. 67, 2 : 283-290, 1965

16. RICOUR C.

Tofranil 10 mg : utilisation dans le traitement de l'énurésie infantile

Immex, 5, 1 : 17, 19, (1968)

17. SCHUNZELAAR K.

Treatment of enuresis an encopresis with Tofranil in chronic psychiatric female inpatients

Acta neurol. belg. 64, 5, 333-336 (1963)

18. STRAUSS W.

Zum problem der enuresis nocturna und ihrer Behandlung mit Tofranil

Münch-med Wschr. 108, 37 : 1612, 1616, (1966)

19. TEC. L.

Imipramine in enuresis

J. Pediatrics, 68, 323 (1966)

20. TREFFERT D. A.

An evolution of Imipramine in enuresis

Amer. J. Psychiat. 121, 2 : 178-179 (1964)

21. SOULE M. SOULE N.

L'Enurésie. Etude clinique diagnostique et thérapeutique

Les Editions sociales françaises Paris (1967)

Vu, le Président de Thèse

R. LAPLANE

Vu, le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

